



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1914...



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Delhi is Now NABH Accredited

4<sup>th</sup> January 2020

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Hiten:-

| Estimated Cost<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br>Retinoblastoma Surgeries<br>Supported by Koshika Foundation |                           |                                 |               |  |             |
|--|---------------------------|---------------------------------|---------------|--|-------------|
| Name:  |                           | Hiten                           | Address       | Village Sandal Kalan, Tehsil & District Sonapat, Haryana, 131001 |             |
| MR NO.   |                           | DEL.C.19.11.4303                | Age, Sex      | 2 Years, Male  |             |
| Koshika Application No.  |                           | D.1219.0071                     |               |  |             |
| S. No.   | Treatment date            | Items                           | Cost per unit | No. of units   | Aprox. Cost |
| 1  | 2019.12.16                | Blood Investigations            | 132           | 1  | 132         |
| 2  | 2019.12.16                | Examination Under Anesthesia    | 1000          | 1  | 1000        |
| 3  | 2019.12.16,<br>2019.12.17 | Chemotherapy                    | 3000          | 1  | 3000        |
| 4  | 2019.12.17                | Periocular Topotecan, Injection | 4150          | 1  | 4150        |
| 5  | 2019.12.17                | Injection Neukine               | 300           | 1  | 300         |
| <b>Total</b>   |                           |                                 |               |  | <b>8582</b> |

Best Regards

Dr. Sima Das

Consultant Oculoplasty and Ocular Oncology Services

**DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL**

5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528816

E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)

DEL.C-17.11.9303

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)  |   | Koshika foundation<br>Building Block of life.  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : D.1219.0071   |   | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि 2019-12-16  |   |   |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Hiten   |   | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>2 years  | SEX लिंग<br>Male  |   |
| FATHER'S/SPOUSE'S-NAME :<br>पिता/सहस्र का नाम Sunil Kumar   |   |  |   |   |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>Village Sandal Kalam, Tehsil & District<br>Sompal, Haryana, 131001                    |   |  |   |   |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br>Same as above  |   |  |   |   |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Child. father. Helper   |   | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)   |   |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 96000   |   | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) N/A                                 |   |   |
| PAN No. एचआई टैक्स संख्या N/A   |   |  |   |   |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)       |   | Yes / No<br>हां / नहीं No  |   |   |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण   |   |  |   |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम   | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)   | Gender<br>लिंग  | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
| 1   | Sunil Kumar   | 27   | Male  | Father  |
| 2   | Tyoti Devi  | 24   | Female  | Mother  |
| 3   | Haxshit   | 3  | Male  | Brother                                       |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार  |   |  |   |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे आय का प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।                                     | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |   |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:  |   |  |   |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                      |  |   |   |
| 1   | Diagnosis: retinoblastoma, left eye   |  |   |   |
| 2   | Type of treatment: Chemotherapy cycle no. 2   |  |   |   |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |   |  |   |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>एक वर्ष सहायता राशि                              |   |   |
| 1   | Sch   |  |   |   |



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रयोग पर:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा चयन गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रबंध नहीं करूँ, उस एजेंट का अधिकांश या समस्त विवरण किसी अन्य घोषित/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही पक्षिय में लूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदन) अपने अधिकारियों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" दान, पत्र, साधना/यह दान उद्देश्य से बड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के खर्च या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ज्योती अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदन) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उन्हें सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दान उनके अधिकारियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

*Sunil Kumar* father *Sunil Kumar*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करण)**



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामलेखनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पक्षिय में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये ले ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निरोधक उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अधिकृत/सफल हेतु सफाई नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था से किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/उपक्रिय का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और जने जने को सही विन्मोदो रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई पुष्टि या विन्मोदो इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|   |  |   |
|---|--|---|
| Date of Surgery<br>अपरेसन की तारीख<br><b>2019.12.17</b> | <br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इलाजक व एच. नं. | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|---|--|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|  |  |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामों हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामों हस्ताक्षर 2<br> |
|--|--|